



Förstföderskors upplevelser av barnrådgivning

ANNA-MARIA JÄRVINEN

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård - Hälsovård
Identifikationsnummer:	8197
Författare:	Anna-Maria Järvinen
Arbetets namn:	Förstföderskors upplevelser av barnrådgivning
Handledare (Arcada):	Berit Onninen
Uppdragsgivare:	THL
<p>Sammandrag:</p> <p>Barnrådgivningsverksamheten är en del av grundhälsovården i Finland. Den är gratis och tillgänglig för alla. Tidigare forskning, såväl inhemsk som utländsk, visar att hälsovårdarens viktigaste uppgifter på barnrådgivningen är att stöda den nyblivna mamman i sitt moderskap. Tidigare forskning visar på att mammor har upplevt stödet från vårdinstanser är bristfälligt.</p> <p>Syftet med detta arbete är att få reda på hur förstföderskor upplever barnrådgivningen. Frågeställningarna är ”hurudana upplevelser har förstföderskor av barnrådgivningen?”, ”vad är bra med besöken?” och ”vad kunde förbättras?” Som teoretisk referensram fungerar Erikssons (1995) ontologiska hälsomodell, dvs hälsa som görande, varande, och vardande.</p> <p>Som datainsamlingsmetod användes en kvalitativ internetundersökning. Mammor besvarade frågor på fyra inhemska diskussionsforum. Som analysmetod användes induktiv innehållsanalys. Resultatet blev mångfacetterat. Hälsovårdaren upplevs skapa trivsel och vara respekterande, samtidigt som hon upplevs behöva bli mer kompetent och förbättra sin inställning. Själva rådgivningsverksamheten upplevs tillfredställande men skulle behöva mer kapacitet. Resultatet visar på motstridiga upplevelser och indikerar utvecklande av verksamheten för att kunna upprätthålla och främja familjers hälsa.</p>	
Nyckelord:	förstföderska, barnrådgivning, upplevelser, stöd
Sidantal:	45
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	12.5.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	8197
Author:	Anna-Maria Järvinen
Title:	First-time mothers' experiences of child health care
Supervisor (Arcada):	Berit Onninen
Commissioned by:	THL
<p>Abstract:</p> <p>Child health care is a part of the primary health care system in Finland. It is free of charge and available for all families. Research made in Finland and other countries imply that the child health nurse plays an important part in supporting new mothers in their parenthood. According to research many mothers have been unsatisfied with the care and support from health care professionals.</p> <p>The aim of this study is to find out first-time mothers' experiences of child health care. The Research questions are "what kind of experiences do first-time mothers have of child health care?", "what is good about it?" and "what would they improve?" Eriksson's (1995) theory of health as doing, being and becoming is used as background theory.</p> <p>The method that was used is a qualitative internet survey. Mothers got to answer questions on four discussion pages on the internet. Data was analysed with an inductive content analysis. The result had many dimensions. Mothers experienced that the child health nurse made the child health clinic a nice place to go to and that she showed respect towards them. On the other hand mothers experienced lack of competence in their nurses. Mothers also felt the nurses could improve their attitude towards them. The child health care is experienced as satisfying, but in need of more capacity. The result shows both satisfaction and unsatisfaction. The result implies a need of development in the system to be able to maintain health in Finnish families.</p>	
Keywords:	First-time mother, child health care, experiences, support
Number of pages:	45
Language:	Swedish
Date of acceptance:	12.5.2011

INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	6
2. BAKGRUND.....	8
2.1. Barnrådgivningsverksamheten i Finland.....	8
2.1.1. Statistik och lagstiftning.....	8
2.1.2. Verksamhetsmål och tillvägagångssätt.....	9
3. TIDIGARE FORSKNING.....	11
3.1. Infosökning.....	11
3.2. Översikt av tidigare forskningsresultat.....	12
3.2.1. Utmaningar under postnatala perioden.....	12
3.2.2. Utveckling av identitet och själv säkerhet.....	12
3.2.3. Behovet av stöd.....	13
3.2.4. Hälsovårdarens roll.....	13
4. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING.....	16
5. TEORETISK REFERENSRAM.....	17
6. METOD OCH DESIGN.....	19
6.1. Design.....	19
6.2. Datainsamlingsmetod.....	20
6.3 Etiska aspekter.....	21
6.4. Data-analysmetod.....	22
7. MATERIAL.....	23
8. RESULTAT.....	24
8.1. Resultat av innehållsanalysen.....	24
8.1.1 Förstföderskors upplevelser av hälsovårdaren.....	27
8.1.2 Förstföderskors upplevelser av barnrådgivningsverksamheten.....	29
8.2. Resultatet i förhållande till teoretiska referensramen.....	31
8.2.1 Förstföderskors hälsa som görande.....	32
8.2.2 Förstföderskors hälsa som varande.....	32
8.2.3 Förstföderskors hälsa som vardande.....	32
9. DISKUSSION.....	34
10. KRITISK GRANSKNING.....	36
10.1 Validitet och reliabilitet.....	36

10.2 Styrkor och svagheter.....	37
10.3 Relevans och praktisk tillämpning.....	37
10.4 Förslag för fortsatt forskning.....	39
Källor.....	40
Bilagor.....	43

1 INLEDNING

Då jag började fundera på ämnet förstföderskor och barnrådgivning hade jag bara en ytlig uppfattning om båda begreppen. Området intresserade mig men jag hade ännu inte gått barnhälsovårdspraktiken på mitt utbildningsprogram. Det som fick mig att välja forskningsfråga var att jag vid den tiden hade flera i min närmiljö som var gravida eller som just hade fått sitt första barn. På barnrådgivningsteoriföreläsningarna och under diskussionerna med nyblivna mammor undrade jag vad rådgivningssystemet i Finland i praktiken går ut på. Hur kan denna verksamhetsform klara av att upprätthålla hälsan hos en så stor målgrupp, eller kan den?

I Finland hör kommunala barnrådgivningsverksamheten till grundhälsovården, som är tryggad med lagstiftning och övervakning. Utmaning för mödra- och barnrådgivningen utgör t.ex. omställningen till föräldraskap (Wilkins, 2005). Den *moderna kvinnan* söker efter en tillfredsställande personlig upplevelse av graviditeten, förlossningen och spädbarn-mamma-relationen. Samtidigt som en del önskar integrera moderskap och livsstil (Tarkka et al, 2000; Warren 2005), ökar också antalet socialt marginaliserade familjers andel. (THL 17.6.2010) Med detta arbete vill jag utreda hurdana upplevelser förstföderskor har av barnrådgivning.

Våren 2006 inleddes ett samarbetsprojekt mellan Arcada och dåvarande Utvecklings- och forskningscentralen för rådgivningsarbetet för mödra- och barnavård. Centralen grundades år 2002 och har som uppgift att stärka kunskapsutvecklingen, utveckla nya verksamhetsformer samt samla och förmedla kunskap rörande mödra- och barnrådgivningsområdet. Idag är denna verksamhet inkorporerad med Institutet för hälsa och välfärd, Avdelningen för barn, unga och familjer.

Avdelningen har som målgrupp för sin verksamhet dels aktiva inom rådgivningsverksamheten och skolhälsovården, dels väntande familjer och föräldrar till barn och unga, men också lärare, studerande och forskare inom området.

Inom samarbetsprojektet har studerande vid Arcada möjlighet att göra sina examensarbeten under handledning av specialplanerare, HVM Arja Hastrup från Institutet för hälsa och välfärd, Avdelningen för barn, unga och familjer, som en del av dess kunskapsutvecklande verksamhet.

Institutet för hälsa och välfärd, avdelningen för barn, unga och familjer kan senare publicera studerandes examensarbeten eller delar av dem på sina web-sidor. Ifrågavarande examensarbete har skrivits inom detta samarbetsprojekt.

2 BAKGRUND

För smidighets skull används i arbetet vissa facktermer eller i vårdssammanhang kända begrepp. Dessa förklaras nedan.

Förstföderska = kvinna som föder sitt första barn.

Antenatal period = graviditetstiden innan förlossningen.

Postnatal period = är de första veckorna efter förlossningen.

Post partum = ”efter förlossning”, förkortas ibland *pp*.

Postpartumdepression = depression som kan utlösas en kortare eller längre tid efter förlossning.

(Ylikorkala & Kauppila, 2004)

2.1 Barnrådgivningsverksamhet i Finland

2.1.1 Statistik och lagstiftning

Rådgivningsverksamheten är en central del av grundhälsovårdens förebyggande och hälsofrämjande arbete. Servicen är tillgänglig för alla familjer med ett nyfött barn. (Tarkka et al, 2000) Barnrådgivningsservice erbjuds på ca 871 rådgivningsbyråer i landet. Tjänsterna utnyttjas årligen av uppskattningsvis 400 000 barn och 600 000 föräldrar. 0,4 % av barnfamiljer använder sig inte av barnrådgivningstjänster. Jämförelsevis använde 60 000 mammor sig av mödrarådgivningstjänster år 2009 och antalet barn som föddes det året i Finland var 60 794. (THL, 10.12.2010; THL, 17.6.2010)

Folkhälsolagen (66/1972) som enligt § 14 och 21 beskyldigar kommunerna att ordna avgiftsfri barnrådgivningsservice för invånarna, förnyades 2009. Den kompletterades med en ny rådgivningsförordning (380/2009) enligt vilken tidsbundna hälsokontroller införs på rådgivningarna fr.o.m 1.1. 2011. Detta pga att rapporter har visat att det kommuner emellan finns olikheter i rådgivningars resurser och innehåll. En annan bakgrundsfaktor var tjänsternas otillräcklighet i förhållande till rekommendationerna. (Finlex, 2010; THL, 17.6.2010)

Fr.o.m. 1.1.2011 skall hälsovårdaren träffa barnet 15-16 gånger från att barnet är nyfött tills 6 års ålder. Första gbesöket (på rådgivningen eller hemma hos familjen) ska ske 1-4 veckor efter födseln

och efter det det andra mellan 4-6 veckor, sedan vid 2 mån, 3 mån, 4 mån, 6 mån, 8 mån, vid behov 10 mån, 1 år, 1,5 år, 2 år, 3 år, 4 år, 5 år, och 6 års ålder. Under denna tid träffar barnrådgivningsläkaren familjen 5 ggr.

2.1.2 Verksamhetsmål och tillvägagångssätt

Barnrådgivningens primära mål är att säkertälla alla barns hälsa och välbefinnande och se till att de utvecklas så gynnsamt som möjligt. Familjecentrering är en viktig princip. Den innebär att barnets bästa vanligen inte kan förverkligas utan föräldrarna; barnets välbefinnande beror på hela familjens välbefinnande, speciellt kvaliteten på föräldrarnas parförhållande och föräldraskap. Målet är också en klientorienterad verksamhet, dvs att familjens livssituation och föräldrarnas främsta behov eller bekymmer tas som utgångspunkt för mötet. Verksamheten förutsätter att man känner familjen bra, är känslig för olika situationer, respekterar föräldrarnas rättigheter och vinner deras förtroende. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005)

Ett annat av barnrådgivningarnas mål är att varje förälder ska ha en möjlighet att redan tidigt skapa ett tryggt, ömsesidigt tillgivenhetsförhållande till sitt barn och bilda en positiv uppfattning om barnet och om sig själv som förälder. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005)

Till barnrådgivningens *uppgifter* hör bl.a. att hjälpa föräldrarna att uppfostra sitt barn på ett sätt som är tryggt, utgår från barnet och innebär närvaro av trygga vuxna. Dessutom skall rådgivningen erbjuda föräldrarna stöd i föräldraskapet och parförhållandet för att förstärka familjens funktion. Att utgående ifrån kända och identifierade behov rikta stödet till de familjer som behöver det mest samt att följa upp och regelbundet utvärdera rådgivningens resultat, verksamhetsprocesser och -betingelser hör också till uppgifterna. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005)

Enligt Institutionen för hälsa och välfärd, THL, (17.6.2010) är hälsogranskningarnas syfte att följa upp tillväxt, utveckling, välmående, livssituation, omvårdnad och uppfostran samt vanor i familjen. Kvaliteten på uppföljningen ska säkras med hjälp gemensamma tillvägagångssätt (handbok av THL på kommande) och genom att beakta de olika delområdena av uppföljning av tillväxt och utveckling. I den nya förordningen som trädde ikraft 2009 ingår s.k. omfattande hälsogranskningar, som sker en gång under graviditetstiden, då barnet är 4 mån, 1,5 år och vid 4 års ålder. Dessa

hälsogranskningar ska hjälpa rådgivningens multiprofessionella team att få en bättre uppfattning om familjens och barnets hälsotillstånd, välmående och livssituation.

Rådgivningarna bör utreda ifall barnet och familjen är i behov av specifikt stöd, dvs ifall det finns faktorer i uppväxtmiljön som utgör hot för barnets tillväxt och utveckling. Ifall det upptäcks behov bör man omedelbart ordna så att familjen får stöd. (THL 17.6.2010)

Konkreta exempel på vad som görs för utreda behov av stöd är t.ex. EPDS-*mielialalomake*, som mäter mammors mentala välmående för att förebygga postpartumdepression. Formuläret ingår i rekommendationerna för barnrådgivningsverksamheten sedan 2004. Det året sade 47% av barnrådgivningshälsovårdarna sig använda formuläret. År 2007 användes den av över hälften av rådgivningarna enligt statistik. *Resursmätare för föräldrar till nyfödda* är en annan blankett som används för att följa upp och kartlägga välmåendet och situationen i familjen. Den användes år 2007 av en femtedel av rådgivningarna. (Hakulinen-Viitanen et al. 2008)

Allmänna uppfattningen om barnrådgivningsverksamheten i Finland kan säkerligen jämföras med uppfattningen om mödrarrådgivningen. Mammor är överlag rätt nöjda med servicen. Förändringar i samhället, familjen och kundförhållandet skapar ändå utvecklingskrav på verksamheten. Exempel på dessa förändringar är en ny typ av livsstil, än mer upplysta och kvalitetsmedvetna kunder samt socialt marginaliserade familjers reproduktion. Behovet av psykosocialt stöd är något som speciellt lyfts fram i diskussioner de senaste årtiondena och som nu ökar ytterligare. (Paavilainen, 2003)

3 TIDIGARE FORSKNING

3.1 Infosökning

Infosökningen gjordes 27.10.2010 på databaser via NELLI-portalen på Terveystieteiden kirjasto i Helsingfors. Följande databaser användes för sökning: Ovid, Pubmed, Web of Science och Medic.

För Ovid, Pubmed och Web of Science användes sökordet ”first time mother and child health care” vilket gav 247 träffar. För Medic användes sökordet “ensisynttämä ja lastenneuvola” och resulterade i 16 träffar. Sammanlagt blev det 263 vårdvetenskapliga artiklar. Dessa gick igenom och artiklar som inte kunde användas sällades bort. Kriterierna för att tas med i forskningsöversikten var: skriven inom tidsramen 2000-2010, tillgång till full text på databasen, adekvat beröringspunkt med ämnet. Många artiklar såg vid första anblick ut att innehålla användbara forskningar, men visade sig pga inriktning inte vara användbara för detta arbete. Vissa artiklar förekom i flera databaser. De vårdvetenskapliga artiklar jag slutligen kunde använda efter att jag gått igenom alla 263 var 9 st.

Tabell 1. Översikt av infosökningen.

Databas, antal träffar	Antal träffar	Antal utvalda artiklar
Ovid	114	5
PubMed	74	3
Web of Science	59	1
Medic	16	0

Ytterligare hittades i ett annat skede en lämplig avhandling via Tammerfors universitets hemsida som även den beaktas som tidigare forskning.

Se Bilaga 1. för närmare beskrivning av forskningarna.

3.2. Översikt av tidigare forskningsresultat

Materialet artiklarna gav om om förstföderskor och barnrådgivning visade sig vara rikligt. Samtliga forskningsresultat ordnades för enkelhetens skull upp i 4 teman som de flesta forskningar tangerade: *utmaningar för förstföderskan, utveckling av identitet och självsäkerhet, behovet av stöd för nyblivna mammor samt vilken roll hälsovårdaren spelar i allt detta.*

3.2.1 Utmaningar för förstföderskan

En nämnvärd faktor som utmanar mammor är att tidsperioden som spenderas på barnsängsavdelningen efter förlossningen har kortats av under senare år. I västvärlden är sjukhusperioden i medeltal 1-3 dygn post partum och ibland det finns möjlighet att åka hem redan inom 6-8 h. (Cronin, 2003; Warren 2005) I Finland har vårdtiden efter förlossningen förkortats med ett dygn på tio år. År 2009 var den i medeltal tre dagar. (THL 10.12.2010)

De första månaderna är beskrivna som både fysiskt och mentalt utmattande; en tid av osäkerhet och känslomässig labilitet. Övergången till föräldraskap är en enorm inställningsperiod. Det är fråga om en utvecklingsprocess för förstföderskan att växa in i sin modersroll. (Tarkka et al, 2000; Deave et al, 2008, Darwill et al 2008)

3.2.2 Utveckling av identitet och självsäkerhet

Många förstföderskor tvingas gå igenom en identitetskris då de blir mammor. Det är en process som börjar med insikten att man är en nybörjare på något och förlorar kontrollen över det liv man byggt upp. Nästa steg är att småningom, genom stöd och adaption, återfå balansen i livet och bli du med sin nya roll och fullt ut kunna ge sig hän åt barnet. (Wilkins, 2005)

Självsäkerheten utvecklas under postnatalperioden. Hur mamman upplever sig klara av barnskötseln påverkar hennes upplevelse av ett positivt mödraskap. Ju mer kompetent mamman känner sig, ju bättre parrelationen är, ju mer stöd hon får av hälsovårdspersonal -desto bättre klarar hon av vården av sitt barn. Också barnets karaktär och beteende har betydelse för mammans självsäkerhet. Om barnet är ”svårt” ökar mammans arbetsbörda och trötthet. Detta i sin tur orsakar att mamman ifrågasätter sin förmåga och kompetens. (Cronin, 2003; Tarkka et al, 2000)

3.2.3 Behovet av stöd

Stöd är ett viktigt element inom mödravård. Det är en nödvändighet för såväl moderns som spädbarnets välbefinnande. Källorna till stöd är yrkesmänniskor, t.ex. barnmorskor och hälsovårdare, men också familj och vänner. Förutsättningarna för stödet finns därmed i det sociala nätverket. (Warren, 2005). Behovet av fysiskt, känslomässigt och socialt stöd finns genom såväl graviditeten, förlossnings-erfarenheten, de första veckorna hemma, som tiden ända upp till 9 månader. Allra viktigast har stödet upplevts vara under de första veckorna hemma. (Cronin, 2003; Deave, 2008)

”Socialt stöd”, ett begrepp som återkommer i flera forskningar, (Deave et al., 2008; Tarkka et al., 2000; Warren, 2005) skall hjälpa mamman att skapa känslan av kompetens och tillräcklighet. Det sociala stödet innebär informativt -, instrumentellt -, emotionellt - och uppfostringsstöd. Särskilt det informativa stödet och uppfostringsstödet har visat sig öka självsäkerhet i barnavårdandet. Primärkällorna till dessa stödformer är hälsovårdaren men också den egna modern och andra kvinnliga släktingar. Den hjälp hälsovårdaren kan erbjuda, dvs. stöd på olika sätt samt vägledning och rådgivning, har visat sig vara viktig för förstföderskans upplevelse av lyckat mödraskap.

I en forskning gjord i Finland är mammors och pappors upplevelser av mödrarrådgivning mångdimensionella. Å ena sidan upplevde föräldrarna trygghet och säkerhet och å andra sidan kände de sig otrygga och osäkra. Trygghet och säkerhet bottnade sig i upplevelser att bli omskött, lita på personalens yrkeskunskap, en accepterande atmosfär, känna sig viktig, och få utrymme för sin egen sakkännedom. Upplevelser av otrygghet och osäkerhet innebar känsla av att vara oinformerad, vara tvungen att klara sig själv, tvivla på hälsovårdspersonalens yrkeskunnighet, bli förringad, otillräcklig förberedelse, bristfälligt stöd och utelämnande av pappan och övrig familj. (Paavilainen, 2003)

3.2.4 Hälsovårdarens roll

I Sverige har undersökningar gjorts om förstföderskors tillfredsställelse med hälsovårdaren på barnrådgivningen. (Fägerskiöld et al., 2001; Jansson et al., 2002) Resultatet visar att barnrådgivningsservicen är uppskattad av förstföderskor, särskilt av mammor med bristfälligt socialt nätverk. Förstföderskorna förväntar sig att hälsovårdaren ska tro på den nya mammans egna

resurser, vara tillgänglig, öppen och kunnig. Dessa förväntningar upplevdes av de allra flesta också bli mötta. Hälsovårdarens huvuduppgifter och -utmaningar beskrivs vara att skapa förtroende, skapa en stöttande atmosfär och skapa sig en bild av familjens livssituation.

Det finns också forskningsresultat som visar på brister. Även om mammor känt sig förberedda på själva förlossningen, är de ofta oförberedda på vad som följer. Det har visat sig att känslan av osäkerhet och bristen på kunskap ofta är närvarande under postnatalperioden. Det är vanligt att nyblivna mammor söker information och hjälp av familjemedlemmar och vänner istället för professionell vårdpersonal (Deave et al, 2008; George, 2005)

Att förstföderskor känner sig oförberedda kan bero på brister från vårdpersonalens sida. Sådana brister är t.ex. för lite information och förberedande kunskap om förlossning, amning och barnaskötande. Också för mycket info, motstridig info eller info från för många olika håll bland vårdpersonalen är problem. Mammor har haft svårt att koncentrera sig på det väsentliga faktat eller svårigheter med att urskilja den. Mammor har känt sig utelämnade och oförberedda på föräldraskapet, utan att riktigt veta vad de skall göra eller förvänta sig. De blir tvungna att söka svar på sina många frågor från olika håll och blir alltmer förvirrade. (George, 2005)

Det framkommer att förstföderskor upplever sig ha brist på kunskap om hur ta hand om sig själva under tidiga postnatalperioden. Den information som nått dem berör mest barnomsorgen. Dessutom stör upplevelsen av obekvämlighet, smärta och bristfällighet förmågan att ta hand om sitt barn. Kvinnorna drar sig för att själva ta kontakt med hälsovårdspersonal men skulle gärna se att vårdpersonal oftare tog kontakt med dem. (George, 2005)

Det finns tydliga indikationer för att vården borde anpassas för en ung förstföderska. Det första steget är att varsebli specialbehoven: hjälp med den utveckling som mödrskapet kräver, hjälp med adaptionen till mammarollen och hjälp med relationen till spädbarnet. Faran kan ligga i att man inte integrerar färsk evidensbaserad fakta i ante- eller postnatal vård utan förlitar sig endast på traditionella förhållningssätt som är adekvata för äldre omföderskor. (Cronin, 2003)

Förstföderskor över 35 år också en växande patientgrupp men egna specialbehov. En undersökning gjord av Carolan (2005) visar att vårdpersonal har en tendens att överösa dessa förstföderskor med för mycket information och för dessutom medicinsk sådan. Även om äldre förstföderskor har ett

större informationsbehov än unga, upplever nyblivna mammor det problematiskt med att veta ”för mycket”.

Att stärka de familjenätverk som redan finns och utveckla den familjeinriktade vården har visat sig ha stor betydelse. Stöd av partnern och egna mamman gör det lättare att anpassa sig till mammarollen. (Cronin, 2003) Vissa mammor har uttryckt ett behov av ”mentorer” som skulle finnas där för dem under utvecklingsperioden, som skulle stötta dem och ”normalisera” deras känslor och erfarenheter. Även stödet av andra mödrar i samma situation eller sådana som tidigare gått igenom samma saker är efterfrågat. (Darwill et al., 2008)

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

På basen av tidigare forskning kan man konstatera att en av hälsovårdarens viktigaste uppgifter på rådgivningen är att stöda den nyblivna mamman i sitt mödraskap. Flera utländska undersökningar (de flesta utförda i Storbritannien) tyder på brister i vården av förstföderskan postpartum.

Syftet med detta arbete är att ta reda på hur förstföderskor i Finland upplever barnrådgivningen. Genom att ta reda på hur vården upplevs kan man utvärdera och ändamålsenligt utveckla verksamheten.

Avsikten är att betrakta barnrådgivningen ur mammans subjektiva synvinkel. Problematiken avgränsas alltså medvetet till att inte beröra pappan. Fokus ligger också specifikt på förstföderskan och inte omföderskan, eftersom den synvinkel jag önskar undersöka antagligen inte urskiljs så starkt hos omföderskorna. Tidsmässigt koncentreras undersökningen till perioden från förlossningen tills barnet är 6 mån gammalt. Detta eftersom förstföderskans utveckling i sin mammaroll är som viktigast då (Tarkka et al, 2000) men också för att göra en tydlig avgränsning.

Frågeställningarna är

- Hurudana är förstföderskors upplevelser av barnrådgivningen?
- Vad upplevs vara bra med rådgivningsbesöken?
- Vad kunde förbättras angående rådgivningsbesöken?

5 TEORETISK REFERENSRAM

Förstföderskor är i ett livsskede som berör hälsan i högsta grad. Det är därför naturligt att spegla förstföderskors situation till en hälsoteori. Katie Eriksson är en vårdteoretiker som berör förhållandet hälsa och lidande, vilket nyblivna mammor konfronterar i vardagen.

Helt begreppsligt betyder hälsa helhet och helighet. Att uppleva sig som hel innebär att känna vördnad för sitt eget liv, för sig själv som människa och som något unikt. Hälsa kan inte inläras utan den utvecklas genom att människans egen inre hälsopotential, hennes egna möjligheter, vidrörs. En förutsättning för att kunna nå denna hälsopotential är en medvetenhet om kontrasterna hälsa och lidande och olika möjligheter då det gäller egna inre resurser. (Eriksson 1995)

Lidande och hälsa utgör två olika sidor av människans livsprocess och är båda ständigt närvarande i en människas liv. Beroende på omständigheterna upplever man lidande och/eller hälsa i varierande grad. Mänskligt lidande av olika slag kan omöjliggöra upplevelsen av hälsa. Ett lidande som upplevs outhärdligt förlamar och hindrar människan från att växa. Ett uthärdligt lidande kan däremot vara förenligt med hälsa. (Eriksson 1995)

Katie Erikssons (1995) ontologiska hälsomodell utgår ifrån hälsa som en rörelse med tre dimensioner/djup: *görande*, *varande* och *vardande*. Man befinner sig inte konstant på någon av nivåerna, utan rör sig mellan dem. Rörelsen tar sig uttryck i hur man upplever av olika problem, behov eller begär.

Hälsa på görandenivån innebär hälsan bedömd med yttre objektiva kriterier, som tex att leva hälsosamt och undvika det som riskerar hälsan. *Hälsa på varandenivån* är eftersträvan av balans och harmoni, en strävan efter att få uppleva välbefinnande, att förstå sambandet mellan fysiska och psykiska faktorer. Man önskar tillfredsställa upplevda behov. *Hälsa på vardandenivån* utgår ifrån antagandet att människan ständigt formas (danas eller upplöses) och inte är någonting färdigt. Denna nivå innebär försonande med livets omständigheter. Livsfrågor blir centrala. Såväl livskriser som lyckliga stunder kan leda till en djupare insikt i tillvarons villkor. På denna nivå, i vardande mot hälsa, blir människan enligt Eriksson (1995) hel på en djupare integrationsnivå. En människa i vardande upplever frihet och livskraft, kan leva mera helt och fullt som människa samt känner en vilja att leva och växa.

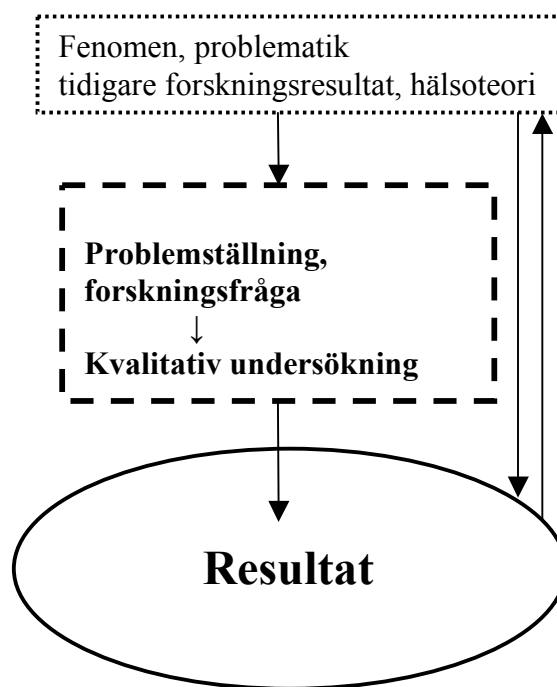
För att kunna tala om hälsa som enhet förutsätter att alla de tre nivåerna av hälsa ”utförs”. Antagandet att upplevelsen av enhet är en grundupplevelse hos människan understyker Eriksson (1995) genom att hänvisa till E. H. Eriksons teorier. Upplevelsen beskrivs utgöra en viktig kraftkälla. Enligt Eriksson (1995) är poängen med denna modell att påvisa de djupare nivåerna där våra inre resurser finns. Om man inte är medveten om dessa nivåer ingår de inte i ens handlingsberedskap. Med handlingsberedskap menas egna möjligheter att bevara och befrämja sin hälsa.

Att bli mamma utmanar hälsan och hälsan som enhet. Handlingsberedskap och att hitta sina inre resurser får en avgörande betydelse och det kan vara svårt att uppnå ”upplevelsen av enhet”.

6 METOD OCH DESIGN

6.1 Design

Designen för undersökningen är kvalitativ med induktiv approach. Kvalitativa designer och metoder används då man önskar få en helhetsförståelse, göra en analytisk beskrivning av situationen. De lämpar sig när man vill få klarhet i hur människor uppfattar någonting. Induktion innebär en lägesbestämning; den beskriver verkligheten sådan som den är. Den syftar till teoribildning, man går från empiri till teori. Enligt frågeställningen är approachen öppen; hur förstföderskor upplever barnrådgivningen. Deduktion skulle användas ifall man ville pröva en viss hypotes eller teori. Den beskriver verkligheten så som den förväntas vara. (Eriksson, 1992; Jacobsen, 2007)



Figur 1. Undersökningens design.

Eftersom själva datainsamlingsmetoden omöjliggör att veta antalet informanter på förhand försvåras möjligheten att samla kvantitativ data. Kvantitativ metod används då problemställningen är statistiskt generaliserande (Eriksson, 1992), då man vill beskriva frekvensen eller omfattningen av ett fenomen. För ett kvantitativt resultat hotas validiteten om informantantalet är lågt. (Jakobsen, 2007)

6.2 Datainsamling

Datainsamlingen kommer att ske via internet med ett diskussionsforum som instrument. Inom vårdforskning har man från och med slutet av 1990-talet samlat forskningsmaterial via nätet, men det är fortfarande såväl nationellt som internationellt rätt så ovanligt. Internet har använts som alternativ till post- och telefonundersökningar, dvs kvantitativa metoder, men på senare tid även som kvalitativ metod. (Heikkilä et al. 2007)

Internet som datainsamlingsmetod karakteriseras som nytt, snabbt, flexibelt, enkelt, ekologiskt och ekonomiskt. Metoden förutsätter kreativitet, sakkunnighet och noggrann förhandsplanering. Via internet är det möjligt att nå en bred skala informanter, både antalsmässigt och kulturellt. Användning av internetenkät kräver en noggrann bedömning av faktorer vad gäller trovärdigheten och validiteten. Det gäller att försöka förhindra resultatets förvridning (då internetanvändarna ej representerar hela målgruppen) och låg svarsprocent. (Heikkilä et al. 2007)

Data för denna undersökning insamlades genom en internetenkät. Öppna frågor ställdes via diskussionsforum och de anonyma användarna fick fritt svara och kommentera. Det förtydligades att undersökningsfrågorna riktade sig till förstföderskor och även övriga mammor som tydligt kommer ihåg hur det första halvåret med det första barnet var. Kriterierna för att delta i undersökningen gjordes medvetet låga för att maximera deltagarantalet. Bakgrunden och orsaken till att frågorna ställs förklaradess också i informantbrevet. Se informantbrevet i *Bilaga 2*.

Vid insamling av kvalitativt data med ett induktivt förhållningssätt försöker man förhålla sig så öppet som möjligt till forskningsproblemet, utan att i förväg bestämma sig vad man letar efter. (Jakobsen, 2007) Frågorna har försökts göra neutrala och utan förutfattade meningar, dvs ställda så att det inte riktar svaret åt något håll. Frågorna formuleradess tillräckligt öppet för att ge informanten frihet att svara enligt sina upplevelser. Det kommer inte att ingripas i diskussionen efter att frågorna publicerats, även om det skulle finnas möjlighet att kommentera och ställa följdfrågor. I informantbrevet framkommer det att all diskussion om ämnets som möjligen uppstår på diskussionsforumen kan användas som data till undersökningen.

För undersökningen användes diskussionsforumen på webbsidorna *Kaksplus*, *Helistin*, *Vauva.fi* och *mammappapa*. På *Kaksplus* publicerades informantbrevet på finska och även på svenska under

deras svenska sektion, medan det på *Helistin* och *Vauva.fi* endast publicerats den finska versionen. På det finlandssvenska forumet *mammapappa* användes endast det svenska informantbrevet. På varje forum registrerade jag mig som användare innan diskussionstråden startades, även om det i vissa forum var möjligt att delta som utomstående.

I informantbreven meddelades att svar tas emot under en 2 veckors tidsperiod. Då denna tid hade gått informerades det med ett inlägg att tiden gått ut. Materialet som då hade insamlats ansågs vara tillräcklig. Om man skulle ha önskat skulle man genom att meddela på diskussionsforumen om tilläggstid kunnat förlänga insamlingstiden.

6.3 Etiska aspekter

Alla arbeten som skrivs inom Arcadas utbildningsprogram bör följa riktlinjerna för god vetenskaplig praxis. Dessa riktlinjer är utfärdade av Forskningsetiska delegationen i Finland år 2002. Till riktlinjerna om god vetenskaplig praxis hör bl.a. att iaktta ärlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i undersökning, dokumentation och presentation av resultat. Innan en undersökning inleds bör man definiera och dokumentera den del av arbetet, det ansvar och de skyldigheter som deltagaren har. Likaså bör frågor gällande uppbevarande av material samt upphovsrätt gällande undersökningens resultat utredas. De dataanskaffnings-, undersöknings-, och bedömningsmetoder som används bör vara etiskt hållbara. Man bör följa etiken inom sitt eget yrkesområde. (Arcada, 2010)

I en internetenkätstudie bör, liksom vid användning av andra metoder, anonymiteten och de etiska aspekterna beaktas. (Heikkilä et al., 2007) I undersökningen finns det för respondenterna en utskriven möjlighet att besvara frågorna också per e-post. Även om igenkänningsrisken inte skulle vara så stor, kan man anta att frågornas känslighetsfaktor påverkar antalet respondenter. Det faktum att svaren kommer att vara synliga för forumets användare gör att frågorna inte får vara för personligt eller okänsligt ställda. Detta har beaktats i formuleringen av frågorna.

För varje diskussionsforum fanns regler för användning av forumet. Respektive användarregler lästes igenom grundligt innan informantbreven och undersökningsfrågorna publicerades, för att vara försäkrad om att det inget strider mot användarreglerna.

6.4 Dataanalys

Materialet som fås via diskussionsforumen kommer att analyseras med induktiv innehållsanalys, som är en kvalitativ analys. All kvalitativ analys börjar med att samla in rådata, t.ex. utskrifter av intervjuer. Dessa data bör struktureras, uppdelas i enskilda element, efter vilket man betraktar delarna i förhållande till helheten. (Jacobsen, 2007)

Poängen med innehållsanalys är att kunna tolka materialet och komma fram till ett meningsfullt resultat. Kort sagt handlar innehållsanalys om att systematiskt och stegvis klassificera data för att olika mönster och teman skall kunna identifieras. Konkret går innehållsanalysen till på följande sätt: Från texten urskiljs *meningsbärande enheter*, som också kallas koder. Efter det *kategoriseras* koderna till grupper, dvs de koder som ”hör ihop” hamnar under samma kategori. Nästa steg är att hitta ett *tema eller teman* för kategorierna. Temat är ofta latent, dvs en underliggande mening och är en ”röd tråd” som återkommer i kategorierna. (Graneheim & Lundman, 2004)

7. MATERIAL

Under två veckors tid erhöles 13 svar av mammor (namngivna från A till M) via de fyra tidigare nämnda diskussionsforumen. Nio svar skrevs direkt på forumen: fem på *mammapappa.com*, två på *kaksplus*, en på *vauva.fi* på och ingen på *helistin*. Resten, dvs fyra svar, skickades per e-post. Åtta svar var på svenska och fem på finska.

Längden på svaren varierade mellan närmare en A4 text och några rader. Då alla svar sammanfördes till text (typsnitt "Times New Roman", storlek 12, radavstånd 1) i ett worddokument, blev det dryga 5 sidor. Vissa svar var uttömmande och besvarade alla tre frågor medan andra svar berörde endast en fråga eller någon viss tematik som uppkommit i ett tidigare inlägg av någon annan. Alla svar har av de olika signaturerna att döma skrivits av olika personer.

Att 13 personer svarade och att många svar var uttömmande betyder att materialet blev mycket omfattande. Upplevelserna är varierande, många olika aspekter lyftes fram. Många av åsikterna återkom flera gånger, dvs många mammor tyckte lika, men i så gott som varje svar kom också någon helt ny poäng eller upplevelse fram. Varje mamma hade helt tydligt sin alldeles unika uppfattning om och relation till sin barnrådgivning och hälsovårdare.

8 RESULTAT

8.1 Resultat av innehållsanalysen

Undersökningen visar att det finns såväl positiva som negativa upplevelser av barnrådgivning. Det fanns svar av mammor som innehöll endast positiva upplevelser men också svar som innehöll enbart förbättringsförslag. I de allra flesta fallen beskrev mammorna ändå att de överlag är nöjda förutom nåt område de skulle vilja ha förändring inom. Upplevelserna visade sig dock vara motstridiga: det som endel upplevt som bra, upplever andra att inte fungerar.

En innehållsanalys av materialet gjordes genom att noggrannt studera alla svar, urskilja alla meningsbärande enheter och stegvis ordna upp dessa koder i kategorier, dvs grupper, och sedan teman. Två huvudinnehåll urskiljs som materialet grovt kan struktureras enligt: 1) upplevelser som direkt tangerar hälsovårdaren och 2) upplevelser av själva verksamheten.

Resultatet visar att hälsovårdaren, genom vad hon gör och vem hon är, tillför *trivsel*. Hon både ger och får *respekt*. Å andra sidan behöver hon också få *större kompetens* och *bättre inställning* till mamman för att kunna möta de behov som finns.

Verksamheten är *tillfredställande*. Den tjänar sitt syfte och många mammor är nöjda. Samtidigt efterfrågas *mer kapacitet* vad gäller kunnande och resurser.

Två figurer (*figur 2 och 3*) utformades av innehållsanalysen:

Figur 2. Förstföderskors upplevelser av hälsovårdaren

Figur 3. Förstföderskors upplevelser av barnrådgivningsverksamheten

Nedan följer en beskrivning av analysprocessen. Teman är märkta nedan med ***tjock kursiv*** stil och kategorierna med *kursiv*.

8.1.1 Förstföderskors upplevelser av hälsovårdaren

Trivsel på rådgivningen är något som hälsovårdaren upplevs skapa. Trivsel uppstår av att hälsovårdaren visar att hon *bryr sig* om sina klienter och är *trevlig* och uppskattad som person.

Att hälsovårdaren bryr sig kan slutledas av upplevelser som att hon lyssnar, har tid och intresse, är empatisk, snäll, trevlig, vänlig och menar väl.

...henkilökunta vaikuttaa oikeasti kiinnostuneelta meidän perheestämme ja
vauvasta, eikä tule sellainen 'liukuhihna'fiilis. Kelloa ei turhaan
tuijotella, vaan aina on aikaa kuunnella meidän mahdollisia huolia ja
ilonaiheita.
(Mamma F)

Hälsovårdaren upplevs *trevlig* som person, dvs hon är lätt att tala med och komma överens med. Hon satsar tid och energi och skapar en bra stämning. En bra relation till hälsovårdaren upplevs vara a och o för att man ska trivas på rådgivningen.

Neuvolassa on aina välitön ja hyvä tunnelma[...].Lastenneuvolan terveydenhoitaja on kiva tyyppi ja panostaa lasten mukavaan neuvolakokemukseen.
(Mamma A)

Respekt upplevs i båda riktningarna på barnrådgivningen. Hälsovårdaren är respektfull i.o.m. att hon *accepterar* föräldrarnas egna beslut även om hon ger råd och alternativ. Hälsovårdaren *litar på* mamman. Det uppskattas att hon ser till helheten och barnet som individ och använder sunt förnuft.

...hon förstår och accepterar föräldrarnas egna beslut (typ vaccinationer, amning, börja med mat, rutiner osv). Hon försöker inte "bestämma" över hur man vårdar sitt barn.
(Mamma D)

Har haft en rådis"tant" som sagt att nåja, de här kurvorna är ju riktgivande och gjorda för ersättningsbarn. Det var skönt att höra, då jag som de flesta andra blir lite med taggarna ut då det påpekas om det går upp eller ner som om barnet inte är normalt om det inte följer någon kurva.
(Mamma L)

Att hälsovårdaren är pålitlig gör att mamman respekterar henne och känner sig trygg. Det som gör henne pålitlig är att hon ses som professionell och erfaren.

Vår hälsovårdare är mycket erfaren och hon är dessutom mycket trevlig och vänlig. Det är roligt att få träffa henne. Hon har också bra hand med mitt barn.

(Mamma H)

Större kompetens bland hälsovårdare behövs dock. Det upplevs att hälsovårdaren borde ha mer kunskap. Mammor upplever att de inte fått svar på sina frågor, att man inte fått den hjälp man har behövt. Två specifika saker som man inte har fått hjälp med eller tillräcklig information om var sömn och amning.

Mihinkään kysymyksiini ei oikein osattu vastata. [...] Suurin ongelmani oli aikoinaan nukkuminen ja tähän heillä ei ollut antaa minkäänlaisia neuvoja. [...] Luin paljon englanninkielisiä teoksia, sillä suomeksi asiaa on aika vähän. Neuvolassa sain sitten joka kerralla opettaa hoitajia, kun he kysyivät näitä asioita. Eli ainakin unikoulukoulutusta hoitajille kovasti! Lapsen nukutusongelmat ovat yksi suurin ongelma äideillä...

(Mamma G)

Kompetensen kunde förbättras också med *uppdatering*, som mammorna önskade se mer av. Hälsovårdarna borde ta ny kunskap i bruk och hålla sig à jour med nya forskningar.

Amning, och sen mat överlag, tycker jag de skulle kunna bli mycket bättre på (hos oss åtminstone), här skulle de faktiskt behöva uppdatera sig!

(Mamma C)

...terv.huollon henkilökunnalla on velvollisuus ottaa uutta tietoa käyttöön! [...] Kellään ei ole aikaa tutkia uusiasioita, ellei se ole tullut vastaan koulutuksen.

(Mamma F)

Även om vissa mammor upplevde att hälsovårdaren har en sund inställning till tillväxtkurvorna upplever andra att de betonas för mycket och oförmåga att se utöver dem bottnar i *bristfällig yrkeskunskap* och osäkerhet.

Sånt evinnerligt tjat om dom där kurvorna!! Min flicka har heller aldrig följt dom, fast hon föddes 9 dagar efter bf oxå, allti har hon varit på -20 eller -14 kurvorna, och fast hon växt och utvecklats i egen takt så är de aldrig bra.

(Mamma J)

Mammor uttryckte frustration över att tillväxtkurvorna verkar vara det viktigaste och att ett barn är ”normalt” endast om kurvan ser bra ut. Likaså fanns upplevelser av att ifall tillväxtkurvan såg bra ut är allt bra och andra besvär ignoreras.

Bättre inställning till mamman efterlystes. Fokus kunde ligga mer på *bemötande*, ”psykiska delen” och föräldrarnas välmående. Vissa upplevde att hälsovårdaren var oempatisk, misstroende och direkt oförsämd ibland. Man skulle vilja se mer finkänslighet och vänlighet. Det önskas också att hälsovårdaren skulle vara uppmuntrande och ge självförtroende. Konkreta råd och stöd önskas då man är utmattad och har det tufft, t.ex. om man inte kan sova om nätterna. Speciellt unga och litet äldre hälsovårdare uppmanas tänka på inställningen till barnet och familjen, vad man säger och sättet man säger saker på. Unga som ännu inte har egna barn har eventuellt svårt att sätta sig in i en mammas situation medan äldre hälsovårdare riskerar att ha föråldrad kunskap. Mammor upplever att det är av stor betydelse för barnets välmående hurudan *attityd* hälsovårdaren har.

En annan sak jag saknat hos våra tanter är den 'psykiska delen', hur de bemöter mammorna [...]Hos oss är de tyvärr ofta lite burdusa (lite gammaldags igen kanske?), man får känslan av att man borde ha förstått bättre själv!

(Mamma C)

Kategorierna för upplevelser av hälsovårdaren blev därmed: *bryr sig, trevlig, accepterande, pålitlig mer uppdatering, mer yrkeskunnighet, bättre bemötande och bättre attityd*. Teman för dessa är att *trivsel, respekt, ökad kompetens* och *förbättrad inställning*.

8.1.2 Förstföderskors upplevelser av rådgivningsverksamheten

Många sade sig vara till stor del nöjda med rådgivningen. Rådgivningen är en plats man ser framemot att gå till.

Rådgivningserksamheten är **tillfredsställande**. Dvs, tjänsterna som verksamheten erbjuder upplevs vara till nytta och möta existerande behov. Verksamheten upplevs *stödande, värdefull* och *nyttig*. Att mammor upplever att de blir stödda innebär att de får bekräftelse, dvs blir uppmärksammade, tagna på allvar och uppmuntrade, t.ex. genom positiva kommentarer i rådgivningskorten. Bekräftande var också att få möjlighet att diskutera och bolla tankar och bli nedlugnad ifall man är orolig. Rådgivningen upplevs även *tillmötesgående*. Det som gör verksamheten tillmötesgående är att rådgivningen är närbelägen och att man på mindre rådgivningar kan ringa när som helst. Också rådgivningsbesöken har ordnats efter behov, likaså vaccineringsarna. En mamma fick låna en våg för att kunna väga sin baby hemma.

Men det viktigaste upplevde jag var det stöd man fick från rådgivningen. Det var en chans att sitta ner och berätta hur vi har det och fråga om råd.

(Mamma B)

Speciellt barnrådgivningsbesöken under den första tiden visade sig vara värdefulla för förstföderskor. Uppskattat var också att kontrollerna under den första tiden är med täta mellanrum.

För förstagångsmammor är nog ofta rådgivningen till hjälp när man stöter på problem och funderingar kring barnvård.

(Mamma D)

Jag tyckte att rådgivningsbesöken var viktiga och värdefulla under just det första halvåret.

(Mamma B)

Det som uppskattades med rådgivningsbesöken var uppföljningen av tillväxt, vaccinationer, att man får information om olika saker man behöver veta. Rådgivningen ger information om grundläggande saker, vilka beskrevs vara bl.a. d-vitamin, fast föda och parrelationen.

Då det gäller vad respondenterna var missnöjda med angående barnrådgivningen, var det till stor del samma saker som också beskrevs om hälsovårdaren. **Mer kapacitet** finns det behov för. En dimension av otillräcklig kapacitet är *okunskap*. Den tar sig i uttryck genom bristfällig sakkännedom och information. Som tidigare nämnts önskas mer skolning för personalen inom bl.a. prematuritet, amning och sömnskola. Mammor tvingas söka hjälp från annat håll. Information har mammorna istället hittat från bl.a. diskussionsforum, andra internetsidor, böcker, vänner och släktingar.

Men jag har märkt att man inte alltid får all nödvändig information på rådgivningen. T.ex. så berättade hälsovårdaren aldrig att det snart började vara dags att introducera annan mat än mjölk. det fick jag läsa om i böcker/brochyrer/på internet.

(Mamma H)

Rådgivningens allmänna syn på saker uppfattas i vissa avseenden som *rigid*. Det upplevs att fokus ligger för mycket på små detaljer och att protokollet följs för noggrannt.

För jag tänker med fasa på de stackars föräldrar som blir fast i rådgivningens för all del välmenande enkelspåriga syn. Det är inte det att den är fel, men den är så rigid.

(Mamma M)

...men om jag inte skulle ha stödet från andra skulle min rådistant nog ha gjort mig ordentligt orolig och stressad redan många gånger.

(Mamma K)

Resultatet visar att det upplevs *passivitet* från rådgivningsverksamhetens sida. Det är svårt att få konkret, praktisk hjälp för sina problem. Mammorna upplevde frustration över att bli lämnade ensamma med sina besvär eller sin oro. Speciellt om ett barns besvär är mer okänt upplevs det att inget görs åt saken.

...eikä ole reilua, että heille vain sanotaa, et kyllä se vuodessa helpottaa, koita jaksaa.
(Mamma G)

Verksamheten upplevs *otillräcklig*. Vissa upplever den som onödig och det anses också att det inte finns tillräckligt med tid och resurser. Det finns missnöje med inbesparingar. Problematiskt upplevs t.ex. den korta telefontiden, speciellt om mamman själv är på jobb. Det föreslås att man t.ex. skulle kunna boka tider via e-mail.

Oikeisiin ongelmiin et saa konkreettista apua, kunhan juoksutetaan toiseen paikkaan. Vastuuta siirretään ja ostetaan näin aikaa, eli vauvan kasvun myötä ongelma katoaa. Ellei äiti ole jo ihan romuna, missä on ennaltaehkäisevä ote? Tosin, tässä näkyy henkilökunta resussit ja mahdolliset säästöt?
(Mamma E)

Kategorierna för upplevelser av verksamheten överlag blev därmed: *värdefull, nyttig, stödande, tillmötesgående, okunskap, otillräcklighet, rigiditet* och *passivitet*. Teman för dessa är att verksamheten är *ändamålsenlig* men behöver *mer kapacitet*.

8.2 Resultatet i förhållande till teoretiska referensramen

Undersökningsresultatet bekräftar Katie Erikssons (1995) antagande att både lidande och hälsa ständigt är närvarande i människans liv. Beroende på omständigheterna upplever man lidande och/eller hälsa i varierande grad. En nybliven mammas omständighet innehåller bevisligen både hälsa och lidande. Hälsa kan tänkas ta sig uttryck i form av lycka över sitt barn, lidande i form av att vara osäker i hur man ska ta hand om barnet eller oro för barnet. Enligt Eriksson (1995) kan uthärdligt lidande ändå vara förenligt med hälsa, bara det inte blir outhärdligt. Om mammans lidande är uthärdligt eller inte kan tänkas bero på hurudant stöd hon får av sin omgivning. Barnrådgivningen spelar utan tvekan en viktig roll i att förhindra att mammans lidande blir outhärdligt.

För en förstföderska är det viktigt att komma i kontakt med sin inre hälsopotential, sina inre resurser, vilket Eriksson (1995) beskriver att teorin om *hälsans dimensioner* går ut på.

8.2.1. Förstföderskors hälsa som görande

Hälsa på görandenivå innebär konkreta handlingar som påverkar hälsan. (Eriksson 1995) Enligt resultatet uppmärksammas dessa på barnrådgivningen t.ex. i form av att diskutera amning, barnets kost och sömn och annan barnskötsel. Också uppföljning av barnets hälsa, t.ex. vägning och mätning faller i denna kategori. En mamma göra saker för att barnet ska må så bra som möjligt. Eftersom mammorna inte alltid fick all hjälp de behövde med dessa saker, påverkar det hälsan på görandenivån.

8.2.2. Förstföderskors hälsa som varande

På nivån med hälsa som varande kommer man in på förstföderskors strävan och längtan efter att njuta av sitt barn och mödrskapet. Hon önskar leva i harmoni med den nya livssituationen. Hon vill också vara en bra mamma, att barnet ska vara friskt, växa och må bra. I resultatet upplevs detta till en del och barnrådgivningen spelar en stor roll i att stöda och möjliggöra denna dimension av hälsa. En del mammor uttrycker däremot frustration över sin situation. Hälsan som varande i en nybliven mammas livssituation störs av upplevelser av hjälplöshet och brist på stöd från omgivningen.

8.2.3. Förstföderskors hälsa som vardande

Av resultatet av undersökningen att döma rör sig hälsan på speciellt *vardandenivån* för förstagångsmammor som tampas med att lära sig ta hand om sitt barn. Vardandenivån förklaras betyda det tillstånd då man ställs emot livsfrågor, då man måste försonas med livets omständigheter. Det som respondenterna i undersökningen skriver om att de upplevt och gått igenom under första halvåret som mammor, speglar att de i största grad fått en djupare insikt i tillvarons villkor.

Det som man på basen av ontologiska hälsomodellen kan slutleda, är att även om det finns en hel del lidande i en nybliven mammas situation, är det bra för hälsan att "tvingas" leva i vardandenivån. Eriksson (1995) skriver nämligen att människan då blir hel på en djupare integrationsnivå. Då upplever en människa frihet och livskraft, känner en vilja att leva och växa. En förstföderska är

alltså i ett livsskede som, ifall man kan förhindra det outhärdliga lidandet, är optimalt för att uppleva hälsa. Att alla tre nivåer av hälsa utförs innebär att mamman får kontakt med sin inre kraftkälla och även, genom att bli medveten om de djupare nivåerna, sin handlingsberedskap.

Enligt resultatet får förstföderskor stöd från barnrådgivningen, men i många fall visar det sig ändå vara otillräckligt. De mammor som får stöd och bekräftelse och känner sig trygga har större chans att nå sin hälsas vardandenivå - och därmed sina inre resurser. Mammor som däremot upplever stödet otillräckligt har inte samma förutsättning att uppnå hälsa som enhet, dvs hälsa som kraftkälla.

9 DISKUSSION

Mina egna tankar och uppfattningar om barnrådgivningen blev mer verklighetstrogha under min 7 veckor långa praktikperiod på en barnrådgivning i Helsingfors. Det var verkligen nyttigt att få jämföra allt som jag läst och hört med verkligheten. Det var med specialintresse, med tanke på att jag var mitt inne i denna skrivprocess, jag följde med hur allt går till i praktiken på barnrådgivningen. Min handledande hälsovårdare under praktiken upplevde jag att var duktig på sitt jobb och min uppfattning var att alla hennes mammor litade på- och uppskattade henne. Det som jag läst om, att det i många länder är vanligt att mammor är missnöjda med uppföljningen efter förlossningen, undrade jag om kan stämma i samma utsträckning i Finland.

Samtidigt som jag som hälsovårdarpraktikant försökte se allt ur mammornas synvinkel, fick jag naturligtvis uppleva hur det är att vara hälsovårdare på en barnrådgivning. Det var inte alls lätt att på samma gång tänka på bemötandet av såväl mamman som barnet (på det sätt just de troddes behöva), utvärdera barnets och mammans välmående, informera och rådge. Dessutom förväntas man kunna svara och utreda alla möjliga frågor. Jag insåg hur heltäckande den förebyggande och hälsofrämjande grundhälsovården i vårt land är och var utmaningarna i systemet ligger. Samtidigt såg jag i praktiken hur viktigt och nödvändigt systemet är. Att invånarnas välmående i framtiden hänger på hur vi idag främjar hälsa och förebygger ohälsa, sjukdom, marginalisering, etc, belyser vikten av konstant utveckling och utvärdering av all hälsovårdsverksamhet. Barnrådgivningsverksamheten borde ha en hög placering i prioritetsordningen. Processen att garantera hälsa och välmående för en människa börjar på rådgivningen och fortsätter sedan genom andra instanser; skol- studerande-, arbets- och öppenhälsovård.

Resultatet av min undersökning blev sammanfattningsvis att förstföderskor upplever både tillfredsställelse och missnöje med barnrådgivningen. Barnrådgivningen är en trivsamt plats att gå till. Hälsovårdaren uppskattas av mammorna. Många upplever den som viktig. Man får stöd, information och hjälp med att ta hand om sitt barn. Samtidigt upplevs bristfällighet med rådgivningstjänsterna. Rådgivningen inte har kapacitet nog att svara på alla behov. Hälsovårdarens kunskaper och inställning har ifrågasatts.

Resultatet kan uppfattas motsägelsefullt. Motstridigheten kan vara en naturlig följd av att nationellt är det så gott som omöjligt att upprätthålla en absolut jämn kvalitetsnivå. Hälsovårdarna är alla olika och sätter sin egen prägel på verksamheten, även om riktlinjerna är desamma. Dessutom är det omöjligt för hälsovårdare att som person behaga alla, dvs samma person kan av en mamma upplevas som empatisk och oempatisk av en annan. På samma sätt inverkar säkerligen barnrådgivningens storlek på tjänsterna. Såväl små som stora rådgivningar har sina fördelar och nackdelar.

En specifik sak jag reagerade på angående mammornas upplevelser var att flera lyfte fram en viss problematik med unga hälsovårdare. Unga hälsovårdare hade man inte samma förtroende för som äldre. Detta antagligen eftersom de sannolikt har mindre erfarenhet och kan uppträda med en viss osäkerhet och för säkerhets skull följer handböcker och föreskrifter mer ordagrant. Detta känner jag igen hos mig själv. Antagligen skulle jag själv väcka just såna upplevelser om jag skulle genast som utexaminerad börja jobba som hälsovårdare på en barnrådgivning. Å andra sidan bör lyftas fram att det må finnas även fördelar med unga hälsovårdare som har uppdaterad kunskap och dessutom i färskt minne. Som motvikt framkom ju även upplevelser av ”gammaldags” hälsovårdare.

Det viktiga och oroväckande i resultatet är många mammors frustration. Många känner sig faktiskt ensamma med sina besvär. Ett konstaterande av en informant var beskrivande och varnande: ”Lastenneuvola on ihana paikka jos on terve lapsi ja vaiva helposti hoidettavissa”

10 KRITISK GRANSKNING

10.1 Validitet och reliabilitet

Vid jämförelse av frågeställningarna och forskningsresultatet kan det konstateras att jag fick svar på det jag önskade få svar på. Resultatet korrelerade alltså med forskningsfrågan. Resultatet stämde också överlag överens med tidigare forskningar och kunde relateras till teoretiska referensramen.

Resultatets validitet och reliabilitet kan lida av att använda internet som datainsamlingsmetod. (Heikkilä et al. 2007) Det finns väldigt liten möjlighet att veta vem ens informanter blir, vilket kan göra att målgruppen inte representeras jämnt. I detta fall visste jag inte heller hur många svar jag kunde vänta mig, eftersom det inte var ett visst antal enkäter som skickades ut. Flera saker togs i beaktande vid användningen av diskussionsforum som källa, t.ex. hur man presenterar sin undersökning, hur man ställer frågorna, hur många forum frågorna publiceras på, hur man undviker både för litet och för stort deltagarantal, hur man undviker att resultatet förvrids, om frågorna t.ex. endast lockar informanter med en viss typ av åsikt.

I detta fall var ämnet så pass allmänt att resultatet knappast förvreds fatalt. Frågorna lockade många svarare och olika åsikter representerades. Man fick känslan av att undersökningen innehållsmässigt var kvalitativt ”mättat”, dvs även om ännu fler svar sku ha samlats in skulle det med låg sannolikhet ha kommit fram någon ny aspekt. Mycket innehåll i svaren var också ihop-passande, vilket är ett bra tecken för reliabiliteten. En faktor som bör tas upp är det förhållandevis stora antalet svenska svar. 8 svar kom från finlandssvenska forum och 5 svar från de finskspråkiga sidorna. Det tål att funderas på hur detta påverkar resultatet. Jag bedömde dock att det inte fanns någon betydande skillnad innehållsmässigt på de finska och finlandssvenska svaren som skulle. Att informantgruppen förutom språket var varierande framkom i svaren, då mammorna hade nämnt hemorter eller åldrar.

Ännu för några år sedan kan det tänkas att resultat baserat på data hämtat från internet skulle bedömas kritiskt. Nuförtiden då surfandet och deltagandet i olika internetdiskussioner är t.o.m. vardagligt för unga människor, är man mindre misstänksam hurudana informanterna som rör sig på

diskussionsforum är. Man kan nog fråga sig ifall det ändå är så att mammor som har större behov av stöd och information är sådana som ofta och regelbundet surfar på diskussionsforum för föräldrar. I så fall har det en inverkan på resultatet. Likaså kan man tänka sig att det är personer som har antingen speciellt bra eller speciellt negativa erfarenheter som känner sig motiverade att ta sig tid för att svara på en internetundersökning.

10.2 Styrkor och svagheter

Ett av arbetets svagheter är bristen på inhemska forskningar i bakgrundsmaterialet. Det skulle ha varit relevant att ha mer finländskt material att relatera till. Några inhemska forskningsartiklar som hittades under infosökningen kasserades pga att publikationsåret var ordentligt under 2000. Å ena sidan skulle det ha varit värdefullt att ta med dessa för att de skulle ha vägt mer som inhemska, men å andra sidan har rådgivningsverksamheten ändrat en hel del sedan mitten av 90-talet. Det lär finnas en hel del färskare inhemsk forskning som jag kunde ha använt mig av men problemet låg i att få tag på det. Insikten av att det skulle vara viktigt med mer finskt bakgrundsmaterial kom rätt sent under forskningsprocessen vilket ledde till att engagemanget till att gräva fram det tyvärr blev halvhjärtat.

En styrka är att validiteten kan anses vara relativt hög i.o.m. deltagarantlet och det insamlade materialets kvalitet. Resultatet är konkret och tillämpbart.

10.3 Relevans och praktisk tillämpning

Både forskningsfrågan och resultatet anser jag vara relevant för dagens barnrådgivningsverksamhet. Innehållsanalysen påverkar resultatet som påverkar relevansen. Innehållsanalysen utformades som den gjordes efter många tankeställare. Det kunde ha setts som naturligt att ha mamman i fokus och i analysen utgå från henne och få ett resultat om hennes känslor och situation. Till skillnad från detta sattes rådgivningen som utgångsläge. Analysen behandlar rådgivningens betydelse och funktion ur mammornas synvinkel.

Orsaken till att denna approach valdes antar jag bottnade ur frågeställningen ”Vad kan förbättras med rådgivningsbesöken?” (Se sid 15) och hur frågorna var ställda i informantbrev. Eftersom frågan ”vad kunde förbättras med dessa rådgivningsbesök?” fanns med, cirklade ganska mycket kring verksamheten och inte enbart mammorna och deras känslor. Detta är inte nödvändigtvis en negativ vändning, även om jag först hade tänkt att jag skulle analysera mammors välmående direkt och att dess inverkan på verksamheten skulle bli indirekt. Nu blev uppgiften istället att genom mammornas upplevelser av såväl uppskattning som missnöje definiera rådgivningens styrkor och svagheter. Därigenom fick man tag i konkreta förbättringsförslag. Förbättringsförslagen är relevanta både direkt för hälsovårdare och för själva verksamhetens utformare.

Resultatet indikerar att det finns utvecklingsbehov. Som i bakgrundskapitlet framgår, finns det pågående förändringsprocesser inom rådgivningsverksamheten. (Se *kap. 2. s 7-9*) Förändringarna består bl.a. av nya verksamhetsreglande förordningar och THLs barn- och familjehälsofrämjande arbete. Resultatets förbättringsförslag, av vilka en stor del är direkt formulerade av informanterna gör resultatet direkt tillämbart för barnrådgivningsverksamheten och dess utformare. Arbetet kunde ge riktlinjer eller bekräftelse för de förändringar och den utveckling som pågår inom barnrådgivningsverksamheten.

Resultatet skulle kunna tillämpas genom att ytterligare förbättra barnrådgivningens kapacitet. Det innebär enligt resultatet mer resurser: personal, fortbildning, kvalitetsgranskningar osv. Det kunde i praktiken betyda mer tid, engagemang och möjligheter per mamma, förbättrad tillgänglighet genom t.ex. tid att svara på e-mail och telefonsamtal. Det kunde betyda mindre stress för personalen, som skulle kunna fokusera mer på bemötandet av familjerna och deras individuella behov. Om personalen hade tid att uppdatera sig med ny kunskap och vad som pågår på forskningsfronten skulle de bli mer kompetenta och yrkeskunniga.

Mitt konkreta förslag är det borde finnas en eller flera hälsovårdare på varje rådgivning vars uppgift under dagen endast skulle svara i telefon. Då skulle mammor med frågor kunna få svar genast. Likaså kunde det finnas ett barnrådgivningsforum på internet, via vilka mammor också kunde ställa frågor och önskemål. Samma hälsovårdare som har hand om telefonen kunde också ha hand om internetforumet. Dessa forum kunde finnas under kommunernas hemsidors hälsovårdsavdelning.

10.4 Förslag för fortsatt forskning

Mitt råd för framtida undersökningar inom samma ämne är att t.ex. endast koncentrera sig på vad som gjorts och görs i Finland inom rådgivningsverksamheten och alltså använda sig endast av finska forskningar. Intressant skulle vara att efter några år göra en likadan undersökning och jämföra resultaten sinsemellan. På det sättet skulle man kunna se hur och ifall barnrådgivningsverksamheten har förändrats. Ett annat förslag för fortsatt forskning är pappors upplevelser av barnrådgivningsservice. Särskilt förstagångspappors upplevelser skulle vara värdefulla att kartläggas. En ytterligare idé skulle vara att forska om omföderskor och deras specialbehov.

KÄLLOR

Arcada - Nylands Svenska Yrkeshögskola. 2010. God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Studieguiden. Uppdaterad 28.1.2010. [www] http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510

Carolan, Mary. 2005. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing* 2007/16, s. 1162-1172. ISSN: 0962-1067.

Cronin, Camille. 2003. First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, vol 12(2), mars 2003, s. 260-267. Blackwell Science Ltd. ISSN: 0962-1067

Darvill, Ruth; Skirton, Heather, Farrand, Paul. 2008. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery* 2010/26, s 357-366. ISSN: 1532-3099.

Deave, Toity; Johnson, Debbie; Ingram, Jenny. 2008. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol 30(8), juli 2008. BioMed Central Ltd. ISSN: 1471-2393

Eriksson, Katie. 1992. Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod. Åbo Akademi - Institutionen för vårdvetenskap. ISBN: 951-650-185-0

Eriksson, Katie (Red.); Bondas-Salonen, T.; Herberts, S.; Lindholm, L.; Matilainen, D. 1995. Den mångdimensionella hälsan - verklighet och visioner. Vasa sjukvårdsdistrikt SKN, Åbo Akademi-Institutionen för vårdvetenskap. ISBN: 951-650-549-X.

Finlex, statens författningsdata. Folkhälsolagen 66/1972 § 14, 21. [www: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>] hämtat 16.4.2010

Fägerskiöld, Astrid M.; Wahlberg, Vivian; Ek, Anna-Christina. 2001. Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing and Health Sciences* (2001), 3, s. 139-147. ISSN: 1441-0745.

George, Lynn. 2005. Lack of preparedness – experiences of first-time mothers. *MCN - The American Journal of Maternal and Child Nursing*, vol 30(4), juli 2005, s. 251-255. ISSN: 0361-929X

Graneheim, U. H., & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hakulinen-Viitanen, Tuovi; Pelkonen, Marjaana; Saaristo, Vesa; Hastrup, Arja; Rimpelä, Matti. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Helsinki. ISBN: 978-951-33-2191-8 (PDF)

Heikkilä, Asta; Hupli, Maija; Leino-Kilpi, Helena. 2007. Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede*, vol. 20, 2/08, s. 101-110. ISSN: 0786-5686

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-00638-3

Jansson, A; Sivberg, B; Wilde Larsson, B; Uldén G. 2002. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatr* 91: 571-577. Stockholm. ISSN 0803-5253.

Morse, Carol; Durkin, Sarah; Buist, Anne; Milgrom, Jeanette. 2004. Improving the postnatal outcomes of new mothers. *Journal of Advanced Nursing*, vol 54(5), s. 465-474. Blackwell Publishing Ltd. ISSN: 0309-2402

Paavilainen, Riitta. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Akateeminen väitöskirja, Acta Universitatis Tamperensis, hoitotieteen laitos: Tampere. ISSN1456-954X

Social- och hälsovårdsministeriet. 2005. Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen. Social-och hälsovårdsministeriet: Helsingfors. ISBN: 952-00-1714-3

Tarkka, Marja-Terttu; Paunonen, Marita; Laippala, Pekka. 2000. First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, vol 31(1), januari 2000, s. 20-26. Blackwell Science Ltd. ISSN: 0309-2402

THL.17.6.2010. Erikoissuunnittelija Hastrup Arja: Neuvola-asetus ja laajat terveystarkastukset. Powerpointpresentation. [www] <http://www2.haukipudas.fi/dynastia5/kokous/2010675-2-2075.PDF>. Hämtat 14.4.2011

THL 10.12.2010. Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. Tilastot ja rekisterit. Uppdaterat 10.12.2010. [www] <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>. Hämtat 14.4.2010

Thorpe, Karen. 2007. Child health nurses supporting parents. *Australian Nursing Journal*, vol 14(8), mars 2007, s. 32. ISSN: 1320-3185.

Warren, Patricia Leahy. 2005. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing* vol 50(5), juni 2005, s. 479-488. Blackwell Science Ltd. ISSN: 0309-2402

Wilkins, Carol. 2005. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery* 2006/ 22, s. 169-180. ISSN: 0266-6138.

Ylikorkala, Olavi; Kauppila Antti. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. 4.de upplagan. Duodecim: Helsinki. ISBN-10: 9516561659

BILAGOR

Bilaga 1/ 1(2) Tabell över tidigare forskningar

Tabell 2. Översikt över forskningar om förstföderskors behov tiden efter förlossningen.

Författare, namn på artikel (vb även forskningsfråga)	Land, utgivningsår	Forskningsfråga	Metod	n
Carolan, Mary: <i>Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years</i>	Canada, 2005	informationsbehovet för över 35-åriga förstföderskor	Kvalitativ, ”in-depth”-intervjuer	22
Cronin, Camille: <i>First time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences</i>	Irland, 2003	Förstföderskors behov, upplevelser och erfarenheter under postnatala perioden	Kvalitativ, ”in-depth”-intervjuer	13
Darvill, Ruth et al.: <i>Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition</i>	Storbritannien, 2008	Utvecklingen av moderskap från kvinnans synvinkel och möjliga omöta behov.	Kvalitativ, halvstrukturerade intervjuer	13
Fägerskiöld, Astrid et al.: <i>Maternal expectations of the child health nurse</i>	Sverige, 2001	Förstföderskors förväntningar på hälsovårdaren på barnrådgivningen samt om dessa blir fyllda.	Kvalitativ, Intervjuer	20
Jansson, A et al.: <i>First-time mothers satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic?</i>	Sverige, 2002	Förstföderskors tillfredsställelse med första kontakten till hälsovårdaren på barnrådgivningen samt möjlig upplevd skillnad mellan hembesök och besök på rådgivningen.	Kvantitativ, enkät	800
Riitta Paavialinen: <i>Turvallisuutta ja varmuttaa lapsen odotukseen: isien ja äitien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta</i>	Finland, 2003	Mammors och pappors upplevelser av graviditet och mödrarrådgivning	Kvalitativ, intervjuer och skriftliga dokument	16+ 127
Tarkka, Marja-Terttu et al.: <i>First-time mothers and child care when the child is 8 months old</i>	Finland, 2000	Styrkor och resurser hos förstföderskor 8 månader efter förlossningen.	Kvantitativ, strukturerad enkät	254
Toity, Deave et al.: <i>Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood</i>	Storbritannien, 2008	Hur förstföderskor och deras partners upplever att de bättre kunde bli stödda.	Kvalitativ, halvstrukturerade intervjuer	24

Warren, Patricia: <i>First-time mothers: social support and confidence in infant care</i>	Irland, 2004	Hur socialt stöd påverkar förstföderskors självförtroende i vården av sina nyfödda samt identifiering av källorna till stöd.	Kvantitativ, enkät	135
Wilkins, Carol: <i>A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting</i>	Storbritannien, 2005	Förstföderskors upplevelser om stödjande element i anpassningsprocessen under den första tiden postpartum	Kvalitativ, ”in-depth”-intervjuer	12

Bilaga 2/1(2) Informantbrev på svenska

Hej alla förstföderskor!

Jag heter Anna-Maria Järvinen och studerar hälsovård på Yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. Jag skriver mitt slutarbete om förfödskors upplevelser av barnrådgivning under barnets första halvår. Arbetet ingår i ett samarbetsprojekt med THL. Handledare är HVM Berit Onninen berit.onninen@arcada.fi. Syftet är att få reda på ifall rådgivningsverksamheten upplevs kunna möta de behov som finns bland förstföderskor.

Jag önskar härmed samla in material via detta diskussionsforum. Om Du är mamma för första gången eller har ditt första barns 6 första månader i färskt minne, får du mer än gärna dela med dig av Dina upplevelser! Här nedan följer de frågor som jag önskar få svar på. Jag kommer att följa med diskussionen under minst 2 veckor och beakta alla kommentarer. Era svar kommer jag att använda ENDAST till detta undersökningsändamål och signaturerna kommer jag inte att nämna. Om man så önskar kan man även delta i undersökningen genom att skicka svar per e-post: anna-maria.jarvinen@arcada.fi. Undersökningsresultatet kommer jag senare att delge här på diskussionsforumet. Tack för Ert deltagande! Jag önskar Er en fin vår!

- Hur har Du upplevt barnrådgivningsbesöken?
- Vad har varit bra med besöken?
- Vad kunde förbättras vad gäller dessa barnrådgivningsbesök?

Bilaga 2/2(2) Informantbrev på finska

Hei kaikki ensisynnyttäjät!

Olen Anna-Maria Järvinen, terveydenhoitajaopiskelija Helsingin amk Arcadasta. Kirjoitan opinnäytetyötäni ensisynnyttäjien lastenneuvolakokemuksista lapsen ollessa 0-6 kk vanha. Opinnäytetyöni kuuluu kouluni ja THL:n väliseen yhteistyöprojektiin. Ohjaajana toimii THM Berit Onninen berit.onninen@arcada.fi. Tarkoitukseni on selvittää mikäli neuvolatoiminta kokemuksien mukaan pystyy vastaamaan olemassaoleviin tarpeisiin.

Toivon kerääväni tämän keskustelupalstan kautta aineistoa tutkimukseeni. Jos olet äiti ensimmäistä kertaa tai mikäli ensimmäisen lapsesi ensimmäiset 6 kk ovat tuoreessa muistissa, olen hyvin innokas kuulemaan kokemuksistasi! Osallistut tutkimukseeni vastaamalla alla oleviin kysymyksiin. Seuraan keskustelua väh. 2 viikkoa ja kaikki kommentit käytetään mahdollisuuden mukaan tutkimusaineistona. Nimimerkkejä en tule mainitsemaan ja vastauksianne käytän AINOASTAAN tähän tutkimustarkoitukseen. Voitte halutessanne osallistua myös lähettämällä vastaukset sähköpostiini anna-maria.jarvinen@arcada.fi. Tutkimustuloksista ilmoitan myöhemmin tällä keskustelupalstalla. Kiitos osallistumisesta! Iloista kevättä!

- Minkälaisena olet kokenut lastenneuvolan?
- Mikä on ollut lastenneuvolakäynneillä positiivista?
- Missä olisi näiden lastenneuvolakäyntien kannalta parantamisen varaa?